

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

N°

66

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 novembre 1904, à 1 heure

PAR

Elie BORIES

De la Faculté de Médecine de Paris

LES

THROMBUS GÉNITAUX PUERPÉRAUX

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : } MM. RAYMOND, professeur.
TROISIER et BÉZANÇON, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARD.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A MES DEUX SŒURS

A MES PARENTS

ET

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON MAITRE MONSIEUR BONNAIRE

Professeur agrégé

Accoucheur des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine
de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé BONNAIRE, nous avons eu l'occasion d'observer quatre beaux cas de thrombus génitaux puerpéraux. L'idée nous est venue de faire de cette affection rare, le sujet de notre thèse inaugurale et notre maître M. BONNAIRE à qui nous avons demandé conseil, nous a encouragé à traiter de cette affection.

Dans une première partie nous avons fait une étude aussi complète que possible des thrombus génitaux puerpéraux.

Dans une deuxième partie nous avons relaté sept observations, dont quatre personnelles.

Sans doute, nous n'apportons dans cette étude aucune idée nouvelle. Mais nous avons essayé de faire une revue complète de cette maladie. Nous ne nous sommes pas contenté, comme dans les travaux précédents, de traiter des thrombus de la vulve et du vagin; nous avons donné également une place aux thrombus du col de l'utérus.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous devons nous libérer d'une dette de reconnaissance que nous avons contractée envers nos parents et nos maîtres. C'est de grand cœur que nous le faisons.

Merci à nos parents pour les sacrifices nombreux qu'ils ont faits pour nous et pour les sages conseils qu'ils nous ont prodigués pendant nos années d'études. Notre reconnaissance à leur égard est sans limites.

Nos remerciements vont ensuite à notre maître, M. le professeur agrégé BONNAIRE, à qui nous devons notre sujet de thèse. C'est dans son service que nous avons pu recueillir une partie de nos observations et c'est grâce à ses conseils que nous avons pu mener à bien notre modeste travail. C'est à son enseignement clair et concis que nous devons les quelques connaissances que nous pouvons posséder en obstétrique. Nous ne saurions assez lui exprimer notre gratitude.

Nous devons également remercier M. le Dr DUBRISAY. Avec une très grande amabilité, il a bien voulu mettre à notre disposition les notes d'une leçon qu'il a faite à l'hôpital Lariboisière sur les thrombus de la vulve et du vagin.

M. le professeur CORNIL a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous ne saurions assez le remercier de l'honneur qu'il nous fait.

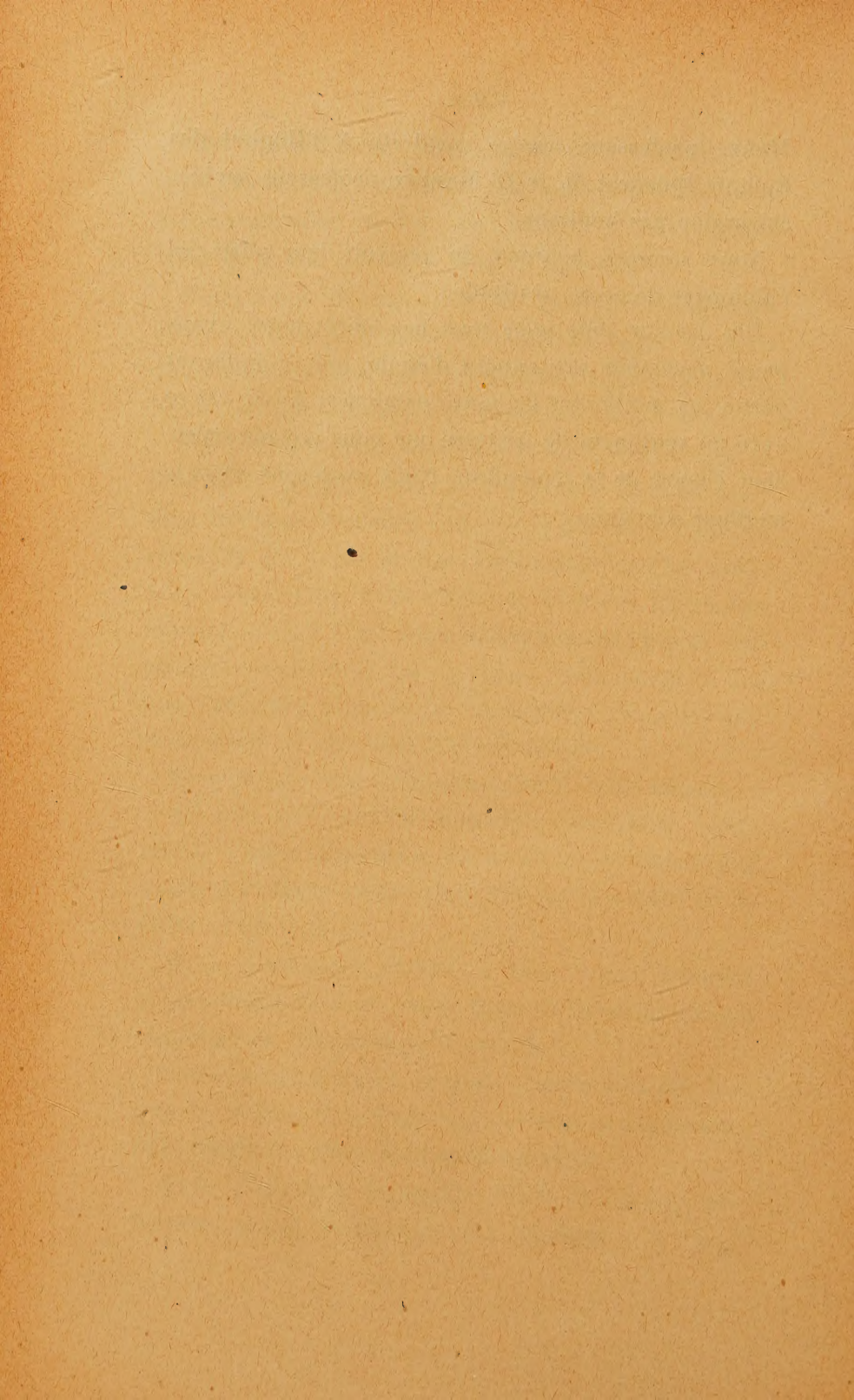
Notre reconnaissance se porte encore vers nos maîtres de la Faculté de Paris, qui, par leur enseignement, ont contribué à notre formation médicale :

M. le professeur LANDOUZY, M. le Dr QUÉNU, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr

MÉRY, professeur agrégé, médecin à l'Hôpital des Enfants Malades ; M. le D^r MARION, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Nous sommes heureux de pouvoir leur offrir ici l'hommage de notre gratitude.

Un dernier mot pour tous nos amis : nous avons passé ensemble nos années d'étude, qui compteront parmi les meilleures de notre existence. Aussi, est-ce avec un sentiment de tristesse que nous voyons approcher l'heure de la séparation. Nous garderons d'eux le meilleur souvenir.



LES

THROMBUS GÉNITAUX PUERPÉRAUX

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION .

Le thrombus est une tumeur sanguine siégeant au niveau des organes génitaux de la femme.

Cette définition n'est pas strictement exacte. En effet, le thrombus, au sens propre du mot, est un caillot formé dans la lumière d'un vaisseau sanguin. Néanmoins, pour conserver une appellation longtemps consacrée par l'usage, nous ferons synonymes les mots thrombus, hématome et tumeur sanguine.

Nous ne traiterons pas ici de certaines collections sanguines ayant uniquement leur siège dans la cavité pel-

vienne (hématome des ligaments larges, hématocele péri-utérine, etc.). Nous nous occuperons simplement des tumeurs ayant leur point de départ à la vulve, dans le vagin, ou sur le col utérin, mais pouvant s'étendre jusque dans les cavités pelvienne et abdominale.

De là différentes variétés :

- | | |
|-----|--------------------------|
| I | Thrombus vulvaire ; |
| II | — vaginal ; |
| III | — vulvo-vaginal ; |
| IV | — vagino-pelvien ; |
| V | — vulvo-vagino-pelvien ; |
| VI | — utérin. |

Nous étudierons ces différentes variétés seulement dans l'état puerpéral et à ses différentes étapes : grossesse, travail, post-partum.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Le thrombus génital était connu de la plus haute antiquité, puisque Hippocrate lui-même en fait mention. Au cours de l'énumération des indications thérapeutiques du vinaigre en applications locales, il dit : « Le vinaigre convient aux plaies récentes, aux thrombus, aux cas où il y a noirceur des parties génitales. » (Traduction Littré.)

Mais il faut arriver au xvi^e siècle pour trouver dans les œuvres de Rueff (de Zurich, 1554) la première notion précise des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin.

Veslingius (de Padoue, 1664), Peu (1694), Mauriceau (1703) publient des observations de thrombus.

Il faut arriver en 1734 avec Kronauer (de Bâle) pour trouver le premier mémoire sur la question.

En 1812 Boër reprend cette étude et la même année Audibert publie la première thèse consacrée au thrombus. C'est une étude très claire des tumeurs sanguines, mais de la vulve et du vagin seulement.

En 1821, Legouais, dans l'article du *Dictionnaire en soixante volumes*, apporte des faits nouveaux, essaie une classification et propose le nom de thrombus.

Toutefois certains auteurs prétendent que ce nom aurait été employé par Ledran en 1750, puis serait tombé en désuétude.

En 1824 Siebenhaar, dans sa thèse inaugurale « sur les tumeurs sanguines du vagin dues à l'accouchement » présente de nouvelles observations.

Chaussier, Mme Lachapelle, Trumper, Dewes, Guild, etc., publient d'autres observations de thrombus, sans rien ajouter de nouveau sur la question.

En 1830, à la suite d'un fait communiqué à l'Académie par Massot (de Perpignan), le professeur Deneux, de Paris, est chargé de rédiger un rapport sur les tumeurs sanguines du vagin.

Ce rapport de 180 pages, contenant soixante observations, est une étude très détaillée de la question à laquelle on a depuis ajouté peu de choses.

Blot, dans sa thèse d'agrégation (1853) reprend le travail de Deneux, en discutant quelques points de détail et en y joignant un certain nombre d'observations.

Laborie, en 1860, à la suite de recherches sur le cadavre, conclut à l'existence de huit espèces anatomiques. Purement théorique, cette division n'a guère survécu à son auteur.

Les travaux de Perret consignés en 1864 par cet auteur dans sa thèse de doctorat, sont plus importants.

Après une série d'injections sur le cadavre, cet auteur

arrive à une conception nette du mode de formation du thrombus, comme nous le verrons plus loin.

Hervieux, en 1870, dans son *Traité des maladies puerpérales*, fait une excellente revue générale de l'hématome de la vulve et du vagin.

En 1872, Griffon, dans sa thèse, apporte huit faits nouveaux, dus en partie à Johnston et Sinclair.

Rien d'original dans les thèses, de Kuhn (1874), de Girard (1874), de d'Uribe (1876).

En 1884, Mme Sasonoff reprend l'étude générale du thrombus et relève les observations publiées surtout en Russie, en Allemagne, en France depuis 1830. Ces observations sont au nombre de quatre-vingt-cinq.

En 1886, Lwoff se contente de reproduire le travail de Mme Sasonoff, en y ajoutant cinq cas intéressants.

Le professeur Budin en 1887 et Auvard en 1890 essaient l'histoire du thrombus pédiculé.

En 1894 Cadilhac de Montpellier dans sa thèse inaugurale sur « *Le thrombus puerpéral de la vulve et du vagin* » fait une revue générale de cette affection, mais ne parle pas du thrombus du col de l'utérus.

CHAPITRE III

FRÉQUENCE

Le thrombus est une affection rare. Deneux n'en a observé que trois cas en quarante années de pratique.

Hervez de Chégoin un seul cas en vingt ans ; Blot, pendant deux années passées à la Maternité de Paris, c'est-à-dire sur un total de 7.000 accouchements, n'en a pas noté un seul cas. D'autres accoucheurs ont été plus heureux. Doléris en a observé 4 cas, Scanzoni 15, Barker 22, Clintoeh 25, etc.

Toutefois, pour donner une idée plus exacte de la fréquence du thrombus, nous ne saurions mieux faire, que de reproduire la statistique de Cadilhac de Montpellier dans sa thèse de 1894.

Cette statistique est dressée sur un nombre de 150 mille grossesses environ.

De ces recherches il ressort, ainsi qu'on pourra en juger par le tableau ci-dessous, qu'on rencontre environ un cas de thrombus sur 2.200 grossesses.

Fréquence du thrombus puerpéral selon les auteurs :

NOM DES AUTEURS	NOMBRE DE CAS OBSERVÉS	NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES	MOYENNE APPROXIMATIVE
<i>Dubois</i>	3	14.000	1 pour 4.600
<i>Blot</i> (Maternité de Paris)	0	7.000	0 — 7.000
<i>Winckel</i>	1	1.600	1 — 1.600
<i>Bossi</i>	2	5.660	1 — 2.800
<i>Sasonoff</i>	1	2.375	1 — 2.300
<i>Hugenberger</i> (Ma- ternité de Saint- Pétersbourg) . . .	11	14.000	1 — 1.200
<i>Hugenberger</i> (deu- xième série) . . .	8	19.396	1 — 2.400
<i>Maternité de Vien- ne</i>	18	33.241	1 — 1.800
<i>Johnston et Sin- clair</i>	7	13.748	1 — 1.800
<i>Hecker</i>	2	17.220	1 — 8 600
<i>Bastaki</i> (Maternité de Bukarest) . . .	2	3.962	1 — 1.900
<i>Spiegelberg</i>	3	3.000	1 — 1.000
<i>Auvard</i>	1	2.000	1 — 2.000
<i>Charpentier</i>	1	1.800	1 — 1.800
<i>Lwoff</i>	2	2.100	1 — 1.000
<i>Spath</i>	4	6.000	1 — 1.500
TOTAL.	66	147.102	1 — 2.200

On voit d'après ce tableau combien sont différentes les opinions des auteurs sur la fréquence du thrombus.

Les mêmes divergences se retrouvent lorsqu'il s'agit de déterminer la fréquence du thrombus pûerpéral comparé au thrombus hors l'état de gestation.

Deneux affirme n'avoir relevé qu'un seul cas d'hématome de la vulve et du vagin en dehors de la grossesse, et, partant, considère ce dernier comme exceptionnel.

Velpeau admet, au contraire, que le thrombus est beaucoup plus fréquent dans l'état de vacuité de l'utérus.

Il est bien difficile de se prononcer entre ces deux opinions extrêmes. Toutefois, nous pouvons faire remarquer que la tumeur sanguine spontanée des organes génitaux externes est rare en dehors de la gestation et que l'origine traumatique de l'hématome est à peu près constante dans ce dernier cas. De plus, chez la femme qui n'est pas enceinte, le thrombus se limite, ou à la grande lèvre, ou au vagin, et ne s'étend jamais dans la cavité pelvienne.

Il nous reste maintenant à établir la fréquence des différentes variétés d'hématome. Ceci est plus aisé. Il ressort, en effet, de toutes les statistiques, que le thrombus *vulvo-vaginal unilatéral* est de beaucoup le plus commun. Viennent ensuite, par ordre décroissant, le *thrombus vaginal*, le *thrombus vulvaire*, le *thrombus vulvo-vagino-pelvien*, le *thrombus vagino-pelvien*, le *thrombus du col*.

Si l'on envisage maintenant la fréquence du thrombus

dans les trois étapes de la puerpéralité, on constate que le thrombus de la grossesse est de beaucoup le plus rare.

Le plus fréquent est celui qui se produit après l'accouchement.

Thrombus se produisant pendant la grossesse. 4 0 0

Thrombus se produisant pendant le travail. 37 0 0

Thrombus se produisant après l'accouchement. 37 0 0

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une question se pose tout d'abord : celle du *siège* des thrombus génitaux. Laborie pensait que le siège du thrombus est sous la dépendance des aponévroses du périnée. Pajot pense au contraire que le sang se joue des aponévroses et que le hasard seul, plutôt qu'une division anatomique, plus ou moins factice, détermine le siège du thrombus.

Il est possible que les tumeurs sanguines de petit volume respectent les plans anatomiques, mais les grands hématomes passent facilement d'une zone à l'autre, déchirant les tissus qui s'opposent à leur extension.

Le tableau ci-dessous est emprunté à la thèse de Cadilhac :

SIÈGE DU THROMBUS	NOMBRE DE CAS
Grande lèvre droite et vagin.	57
Grande lèvre gauche et vagin.	54
Vagin seul.	39
Extension intra-pelvienne.	14
Thrombus double	11

Le thrombus de la vulve siège toujours aux grandes lèvres. Jacquemier a publié un cas de thrombus des petites lèvres. Nous-même en rapportons une observation (*observ. VI*).

Dans la majorité des cas, la tumeur n'occupe qu'une des grandes lèvres. Laquelle ? Boër croyait le thrombus plus commun à droite. Perret donne 13 thrombus à gauche pour 11 à droite. Nos chiffres indiquent une égale fréquence des deux côtés. Plus rarement, le thrombus est double. C'est le thrombus en *fer-à-cheval* de Doléris. Habituellement le fer-à-cheval est ouvert en haut, la partie médiane de la tumeur étant située au périnée. Toutefois, Loviot cite un cas dans lequel cette partie centrale occupait la commissure supérieure de la vulve.

De la vulve, la tumeur sanguine gagne fréquemment le périnée, la région fessière et même la face interne des cuisses. Se fondant sur ces différents sièges, Laborie classe ainsi les thrombus :

1° **Thrombus périnéal** (occupant le tissu cellulaire sous-cutané, parfois s'étendant au-dessous de l'aponévrose superficielle).

2° **Sus-périnéal** (au-dessous du feuillet profond de l'aponévrose moyenne, pouvant occuper la cavité pelvienne).

3° **Vaginal intra-pariétal** (disséquant le vagin).

Cette division purement théorique a été abandonnée. Mieux vaut la classification de Hervieux qui repose sur des données cliniques. Il distingue :

1° Le **thrombus superficiel** s'étendant de l'anus au pubis et à la paroi abdominale en haut, latéralement à la région fessière.

2° Le **thrombus profond** qui peut gagner la fosse iliaque et la cavité pelvi-abdominale.

Le thrombus du vagin prend naissance dans le tissu cellulaire sous-pariétal. Il siège le plus souvent sur les parois latérales ou postérieure ; jamais sur la paroi antérieure, en raison des adhérences intimes de celle-ci avec l'urèthre et la vessie. (Blot, Hervieux.)

La tumeur peut rester limitée à la paroi vaginale. Le meilleur exemple de ce cas nous est donné par le thrombus *pédiculé*.

Fehling, en 1876, a observé pour la première fois cette variété d'hématome. Depuis cette époque, Johannowsky, Reich, Budin, Auvard, Justo, en ont publié de nouvelles observations.

Le thrombus *pédiculé* occupe toujours la paroi postérieure du vagin. Il est relié à celle-ci, par un pédicule, aplati latéralement et inséré le long de la paroi postérieure. La tumeur proprement dite est très mobile et apparaît souvent à la vulve ; elle présente les caractères propres au thrombus. Budin pense que l'hémorragie se produit dans l'épaisseur de cette colonne.

Celle-ci d'ailleurs, peut être anormalement développée, par suite de la disparition incomplète de la cloison qui sépare primitivement les canaux de Müller.

Dans le cas de thrombus pédiculé publié par Johannowsky, il existait un septum rudimentaire, faisant saillie sur la paroi postérieure du vagin, et c'est sur le

bord libre de ce septum que l'hématome s'était développé.

Cela explique bien la présence du pédicule. En effet, si l'hémorragie se déclarait dans le tissu cellulaire sous-vaginal, elle donnerait lieu à une tumeur large, étalée en surface, comme le thrombus vaginal ordinaire.

Du vagin, le thrombus peut gagner la vulve ou fuser vers la cavité pelvienne. Rarement il s'étend à la fois vers la vulve et vers le pelvis. Perret a noté la première marche 16 fois sur 43 observations ; la seconde 7 fois, la troisième 3 fois.

Lorsque le thrombus devient *pelvi-abdominal*, il ne connaît plus de limites. Grandin a vu la tumeur disséquer les feuillets du ligament large. Baudelocque et Chaussier ont constaté le dédoublement des deux feuillets du mésentère. Boër cite un cas, dans lequel le thrombus avait gagné l'atmosphère celluleuse du rein droit. Enfin, Depaul, Cazeaux, Hugenberger, ont trouvé une tumeur sanguine remontant jusqu'au diaphragme.

Si le thrombus siège sur le *col utérin*, on peut observer un œdème total ou partiel de cet organe. Guéniot cite un cas de thrombus total du col. Dans les cas de thrombus partiel du col, l'hématome siège indifféremment à la face antérieure ou à la face postérieure.

Le *volume* du thrombus est très variable. Parfois il est très petit ; généralement il représente la grosseur du poing. On peut dire que son volume varie des dimensions d'un œuf de pigeon à celles d'une tête fœtale à terme.

Quelquefois même le volume de la tumeur est encore

plus considérable. C'est ainsi que Coulhon cite un cas dans lequel la tumeur atteignait la grosseur d'une tête d'adulte.

La *forme* est ordinairement ovoïde, à grand diamètre vertical.

Les parois de la poche peuvent être constituées, suivant les dimensions de l'hématome, par les grandes lèvres, le vagin, le périnée, le rectum, les parois de l'excavation, etc., jamais par la vessie.

En effet, on n'a pas relevé un seul cas de fistule vésico-vaginale, consécutive à un thrombus.

Les organes voisins peuvent subir une compression en rapport avec les dimensions de l'hématome. De plus, les parois constitutives de la poche sont le siège d'un œdème mécanique plus ou moins grand.

Une dernière question se pose pour compléter l'étude anatomo-pathologique des thrombus. C'est celle de leur *contenu*. Au début de sa formation, le thrombus est constitué par du sang fluide, avec des parois anfractueuses et bourgeonnantes. Bientôt, le sang se coagule et l'intérieur de la cavité se trouve bourré de caillots.

L'hématome peut enfin suppurer et la contagion se faire aux organes avoisinants. Le péritoine peut s'enflammer.

Les muscles, les aponévroses, les tissus de voisinage sont déchiquetés, ramollis, parfois même réduits en bouillie.

Consécutivement au processus de mortification, il peut y avoir perte de substance plus ou moins grande.

Dans un cas cité par Perret, la cloison recto-vagi-

nale était détruite et il y avait expulsion simultanée de caillots et de matières fécales.

La quantité de sang qui peut s'épancher dans les tissus est très variable : 150 à 1500 grammes environ. Il n'est pas rare que le sang ainsi collecté ait une odeur fécaloïde.

On a beaucoup discuté pour savoir si le sang du thrombus était du sang artériel ou veineux. Osiander croyait que l'hématome était d'origine artérielle. Blot, Kronauer, Deneux, croyaient au contraire qu'il était produit par la rupture des veines.

Ils s'appuyaient pour cela, sur l'absence de battements dans la tumeur, la couleur du sang et la rapidité de l'épanchement. Grâce aux travaux de Perret et de Laborie, une théorie unique est actuellement adoptée partout :

Le sang de l'hématome serait le résultat de lésions simultanées d'artères et de veines.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Deux sortes de causes ont été invoquées pour expliquer la formation des thrombus génitaux. Les unes dites *prédisposantes*, les autres dites *déterminantes*.

Avant de passer en revue ces différentes causes on peut dire, qu'en dehors de l'hématome traumatique, toutes les causes que l'on a invoquées ont une efficacité difficile à contrôler ; elles ne sauraient guère agir qu'au titre de prédispositions générales, plus ou moins influentes.

1° ÉTUDE DES CAUSES PRÉDISPOSANTES.

L'âge a peut-être une part dans la formation des thrombus génitaux. Perret sur 23 femmes, donne les chiffres suivants :

De 15 à 21 ans.	11 cas
De 22 à 25 ans.	5 —
De 25 à 30 ans.	7 —

Voici d'autre part, d'après Cadilhac, le résultat de ses recherches sur 70 femmes :

De 15 à 20 ans.	14 cas
De 21 à 25 ans.	21 —
De 26 à 30 ans.	13 —
De 31 à 35 ans.	10 —
De 36 à 40 ans et au delà.	12 —

D'après ces données, il semble que le thrombus diminue de fréquence à mesure que la femme avance en âge.

Et cette conclusion est pleinement confirmée par nos observations personnelles, puisqu'il s'agit chaque fois d'une primipare jeune.

L'état du sang a-t-il une part quelconque ? Massot invoquait la pléthore aqueuse des femmes enceintes, comme cause importante ; Blot attribuait un grand rôle à la diminution des hématies et à l'augmentation des leucocytes, pendant la grossesse. Les Allemands ont mis en avant l'influence de l'élasticité et de la résistance des parois vasculaires, pendant la gestation.

L'hémophilie entretiendrait un état des sujets, propre à l'éclosion des thrombus.

Les *maladies organiques du cœur* ont été aussi incriminées et Mme Renard a publié une observation de thrombus chez une cardiaque.

L'albuminurie a été signalée comme cause prédisposante (Observations V, VI et VII) de même que la *néphrite* (Cornillon) et l'*épilepsie* (Boyer).

Nous pourrions encore signaler le *rétrécissement du bassin* comme ayant été observé dans certains cas de thrombus. Perret a noté ce dernier une fois sur 43 cas de thrombus. Nous-même rapportons une observation personnelle bien typique à cet égard, recueillie chez notre maître M. Bonnaire (Observation III). Y a-t-il simple coïncidence ou le rétrécissement du bassin doit-il être envisagé comme une cause prédisposante ? On ne saurait le dire.

Par contre, il faut reconnaître l'influence générale de la *grossesse* sur la production du thrombus. Les auteurs pensent que l'état de gestation, par les modifications profondes qu'il amène dans l'appareil circulatoire, est favorable à la production des thrombus génitaux. C'est ce même état de gestation qui amène une distension particulière du tissu cellulaire, y créant ainsi des sortes de vacuoles disposées à recevoir le sang épanché. Par des expériences pratiquées sur le cadavre, Perret a bien montré cette distension du tissu cellulaire et sa tendance au décollement.

Le rôle de la *primiparité* comme cause prédisposante n'est pas admis de la même façon par tous les auteurs. Deneux nie son influence, s'appuyant sur les chiffres qu'il a relevés.

Blot est du même avis. Perret, étudiant seulement les cas de thrombus avec extension intra-pelvienne, conclut que les primipares sont cinq fois plus exposées que les multipares.

De nos sept observations qui constituent la deuxième

partie de notre thèse, six portent sur des primipares, une seulement, sur une secondipare.

Le tableau que nous reproduisons ci-dessous, montrera clairement les divergences des auteurs et la difficulté qu'il y a de tirer une conclusion.

PROPORTION DES PRIMIPARES ET DES MULTIPARES ATTEINTES
DE THROMBUS

<i>Auteurs.</i>	<i>Primipares.</i>	<i>Multipares.</i>	<i>Total.</i>
Deneux.	25	23	48
Perret	21	5	26
Mme Sasanoff. . . .	23	41	64
Vinckel.	12	18	30
TOTAL.	81	87	168

Quant à la fréquence du thrombus suivant le degré de la multiparité, on peut dire, que si les thrombus sont plus souvent observés dans les premières grossesses, il ne s'ensuit pas que les autres multipares soient épargnées. En effet, Lwoff et Parker, ont chacun cité une observation où le thrombus survint à la douzième grossesse.

Certains auteurs ont mentionné l'*excès de volume* de l'utérus.

On peut difficilement tirer une conclusion touchant le rôle de ce facteur.

Baudelocque, Dewes, Golland, etc., ont accusé la *gémellité*, Pigeon l'*hydramnios*, Perret a relevé deux

grossesses gémellaires sur 43 cas de thrombus, Mme Sasanoff, dix grossesses gémellaires et une grossesse triple, sur 85 cas.

En 1886, Croom, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de thrombus, chez des femmes dont l'utérus était en antéversion très marquée, est parti de ce fait pour émettre une théorie nouvelle. Il admet que, d'une part, la pression continuelle de l'utérus vers la symphyse pubienne, entraîne un engorgement veineux notable du côté du petit bassin ; d'autre part, que par suite de l'antéversion utérine, la paroi postérieure du vagin étant fortement tendue, certains vaisseaux de cette paroi, tirillés à l'excès, se rompent, au moment de la déplétion utérine. Nous donnons cette hypothèse seulement à titre de curiosité.

Porro a signalé les *corps fibreux* de l'utérus, comme capables de favoriser la production des thrombus génitaux.

Une observation remarquable de Von Josch semble donner raison à cet auteur. Von Josch a eu l'occasion d'examiner un cas de thrombus de la vulve et du vagin, contenant dans sa cavité, un fibrome libéré en grande partie de son pédicule. L'hématome s'était formé au moment de l'expulsion de la tête autour du fibrome, qui, probablement, avait été entraîné par cette dernière, du segment inférieur de l'utérus, dans le tissu cellulaire de la paroi vaginale. C'est là, du moins, l'explication qu'en donne cet accoucheur.

La variété de *présentation* du fœtus a été également incriminée, de même que le *volume* et le *poids* exagérés

de l'enfant. Perret, qui a relevé avec beaucoup de soin le poids des nouveau-nés dans un grand nombre de cas de thrombus, a conclu que la moyenne ne dépasse pas la normale.

Le volume excessif de la tête et une ossification prématurée des fontanelles sont peut-être des causes plus importantes.

Nous passons sur l'étroitesse et la résistance anormale des parties molles, pour arriver tout de suite à la question si discutée des *varices* de la vulve et du vagin.

Deneux et Blot considéraient les varices comme une condition essentielle de formation du thrombus. Et quand on n'avait pas relevé de varices superficielles chez une femme atteinte de thrombus, ces auteurs pensaient à l'existence de varices profondes. Cette idée est à peu près complètement abandonnée aujourd'hui.

Sans nous rallier à l'opinion de Mac-Clintock qui prétend que l'extensibilité des veines variqueuses est une garantie contre leur rupture, nous ne croyons pas non plus à leur influence favorable sur la production du thrombus. Les varices de la vulve et du vagin sont trop fréquentes, par contre, les thrombus sont trop rares, pour que l'idée de Deneux et Blot, puisse être admise.

Voici du reste, à titre de renseignement, les proportions données par les différents auteurs :

Fréquence des varices de la vulve et du vagin :

NOMS DES AUTEURS	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE CAS	PROPORTION
	DE VARICES VULVO-VAGINALES	DE THROMBUS	
Perret	2	43	1 sur 20
Budin	8	61	1 » 7
Winckel	6	50	1 » 8
Scanzoni	1	15	1 » 15
Braun et Hugenbergel	0	11	—
M ^{me} Sasanoff	6	85	1 » 14

2° ÉTUDE DES CAUSES DÉTERMINANTES DU THROMBUS

Ces causes sont variables suivant le stade de l'état puerpéral.

α). — *Au cours de la grossesse*, on peut mettre en première ligne le *traumatisme*.

A ce stade de la grossesse cette cause est presque la règle. Le traumatisme peut-être direct, par exemple un coup porté sur la vulve (Observation VII), ou indirect, tel un coup porté sur les fesses, le ventre, une chute sur le siège, un coït trop impétueux. Les filles publiques sont surtout exposées à ce dernier traumatisme.

Viennent en second lieu les efforts de diverse nature : tels sont les efforts de défécation, de miction,

de toux, d'éternuement, de vomissements. Meissner a cité un cas de thrombus à la suite de quintes violentes de toux ; Populus, un thrombus avec accouchement prématuré, après quelques efforts de vomissements.

On a également mis en cause certaines commotions morales, telles que la colère, la peur, etc.

β). — *Au cours du travail.* — C'est à ce stade de la grossesse que le thrombus apparaît le plus fréquemment.

On compte 35 0/0 des cas.

Le séjour prolongé de la tête au détroit inférieur est une première cause. Par le fait de cet arrêt de la tête, les parois vaginales sont contusionnées et la rupture des vaisseaux est facilitée. C'est ainsi du reste que s'explique la fréquence du thrombus pendant la période d'expulsion et après l'accouchement.

On a aussi incriminé les traumatismes opératoires : anciennes pratiques destinées à préparer les parties molles à la dilatation, application de forceps, version, etc.

Certains auteurs mettent en cause la distension brusque des parties et prétendent que l'hématome est plus fréquent dans le cas de travail rapide ; d'autres accusent la longue durée du travail ; dans ce cas, ce serait les efforts exagérés d'expulsion qui agiraient ; d'autres enfin ont parlé de la grossesse gémellaire.

γ). — *Après l'accouchement.* — Pour Paul Dubois il y a attrition des vaisseaux, puis rupture ultérieure.

Pour Deneux la rupture des vaisseaux se fait pendant l'accouchement, mais par suite de la compression

exercée par la partie fœtale engagée, le thrombus n'apparaît qu'après l'accouchement.

Le mécanisme de la formation du thrombus a été diversement compris. La théorie de Perret rallie aujourd'hui la majorité des suffrages. Pour cet auteur, il se produit, au moment de l'expulsion, un décollement de la paroi vaginale, une locomotion exagérée selon l'expression de Doléris et, consécutivement, une cavité virtuelle. Ce glissement de la paroi entraîne la déchirure d'un certain nombre de vaisseaux et l'hématome se trouve ainsi constitué. Perret a vérifié sa théorie par des expériences sur des cadavres de femmes mortes de thrombus. Il a injecté de l'eau dans la veine fémorale et a vu le liquide sourdre en nappe à la surface du foyer sanguin.

La théorie de Deneux est un peu différente. Comme précédemment l'hématome se produirait par rupture d'une ou plusieurs veines importantes, mais cette rupture serait due à un amincissement extrême des tuniques des veines des parois vaginales, devenues variqueuses. Les deux théories peuvent trouver leurs applications.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes du thrombus sont au nombre de trois principaux : la douleur, la tumeur, l'hémorragie.

La *douleur* apparaît brusquement ; elle est d'une violence extrême, lancinante, comparable parfois à celle que produiraient des piqûres. Son intensité est parfois telle qu'une ou plusieurs syncopes peuvent survenir. Quelquefois elle est sourde, profonde et se réduit à une sensation pénible de pesanteur. Le point de départ est habituellement à la vulve ou au vagin avec exaspération, à mesure que s'accroît la tumeur sanguine. Les irradiations douloureuses se font vers les lombes, le périnée, les fosses iliaques, les fesses, les cuisses, etc.

Toutefois cette douleur n'est pas constante. Chaus sier, Dubois, Jøerg, Pajot, affirment avoir constaté son absence. Il faut remarquer cependant que l'hématome, dans ces cas, doit probablement se produire au moment

de l'expulsion du fœtus ; la douleur qu'il provoque peut alors se confondre avec les douleurs violentes de la parturiente.

En même temps que de la douleur on constate du ténésme vésical et rectal.

La *tumeur* se manifeste par des phénomènes dus à son apparition à la région génitale. Devant l'obstacle créé par cette tumeur sanguine, la femme éprouve les mêmes besoins, si l'hématome est volumineux, qu'au passage des parties fœtales ; d'où de véritables efforts d'expulsion. Les caractères de la tumeur varient avec le siège du thrombus.

Si c'est un thrombus vulvo-périnéal, la tumeur est arrondie ou ovoïde, à grand axe vertical, remontant suivant les cas jusqu'au pubis et envahissant en arrière le périnée. L'autre moitié de la vulve est souvent cachée par la tumeur. L'aspect extérieur est luisant, rouge violacé au début ; puis cette coloration devient de plus en plus foncée jusqu'au noir. En certains points, la peau est amincie et paraît près de se rompre. Des ecchymoses plus ou moins étendues entourent la tumeur (observation IV). Cette teinte ecchymotique est d'autant plus accusée qu'on se rapproche du périnée. La consistance de la tumeur est tour à tour molle, pâteuse, dure, suivant qu'elle contient du sang liquide, des caillots ou que le sang est épanché dans les mailles du tissu conjonctif.

Si c'est un thrombus vaginal, le toucher sera le meilleur moyen pour apprécier son siège, son volume, sa profondeur.

Le doigt explorateur pourra facilement s'assurer de la mobilité de la tumeur autour de son pédicule, dans les cas de thrombus pédiculé.

Si c'est un thrombus profond intra-pelvien, le doigt permet de constater par le toucher, qu'il n'existe pas de limite vers les culs-de-sac. De plus, à la palpation de l'hypogastre et de la fosse iliaque, on trouve de l'empâtement. Le toucher combiné au palper montre que cet empâtement se continue avec la tumeur vaginale.

L'hémorragie est un symptôme à peu près constant et quelquefois très grave. L'observation V en est une preuve. Il faut dire cependant que l'issue fatale est une exception, due la plupart du temps à des manœuvres imprudentes.

En outre de ces trois symptômes capitaux, le thrombus puerpéral entraîne des troubles mécaniques, au point de vue de l'accouchement, de la miction, de la défécation et de l'écoulement lochial. L'obstacle à l'accouchement est ordinairement faible. Populus a réduit ce facteur à sa valeur réelle. Il a montré qu'il y avait surtout arrêt du travail par cessation des contractions utérines au moment de la formation du thrombus. Le fait se produit surtout dans les accouchements gémellaires, où l'extraction du second enfant est rendue nécessaire.

L'obstacle apporté à la miction est encore moins important.

En effet : la plus longue durée de la rétention que nous ayons relevée, n'est que de quarante-huit heures.

La même remarque s'applique à la gêne de la défécation.

L'obstacle à l'écoulement lochial est plus inquiétant. Solayrès, Peu, Doléris, Vingtrinier ont publié à ce sujet des faits probants, que l'on trouve rapportés dans le mémoire de Deneux. Mme Lachapelle a observé un cas où la rétention des lochies amena une distension utérine, avec hémorragie interne grave. Il est de toute évidence que la présence d'un hématome volumineux, surtout vaginal, est un obstacle considérable à l'écoulement des lochies, si l'on ne prend pas des mesures préventives.

Enfin, les thrombus puerpéraux donnent lieu à des symptômes généraux qui sont ceux d'une hémorragie grave : pâleur extrême de la face et des téguments, tendance à la syncope, fièvre, agitation, délire, fréquence du pouls, etc.

Zeller, Laborie et d'autres auteurs ont vu se produire des convulsions.

CHAPITRE VII

MARCHE — DURÉE — TERMINAISON — COMPLICATIONS

Nous avons déjà dit que les thrombus génitaux puerpéraux peuvent survenir à trois époques différentes : pendant la grossesse, pendant le travail, pendant le post-partum.

Le plus souvent ils apparaissent immédiatement après la délivrance. L'apparition du thrombus se fait d'ordinaire très rapidement. Dans les cas de thrombus du post-partum, il ne s'écoule ordinairement pas plus d'une ou deux heures. Il est des cas cependant où la formation du thrombus s'est faite plus tardivement.

Tandis que Foulhioux parle de quelques minutes, Deneux indique cinq heures, Cazeaux neuf heures ; Martina noté un intervalle de trente-six heures, Dubois de quelques jours, Mme Sasanoff de six jours. Ce sont là des cas exceptionnels. Quand l'hématome survient pendant la grossesse, c'est généralement au cours du dernier trimestre, jamais pendant le premier.

Enfin, le thrombus du travail se forme presque toujours pendant la période d'expulsion.

Voici les chiffres donnés par Perret :

Thrombus de la grossesse.	2
— du travail	6
— du post-partum.	35

Sur 166 observations, où le moment d'apparition du thrombus est indiqué, Cadilhac a trouvé les chiffres suivants :

Fréquence du thrombus suivant le moment d'apparition.

MOMENT D'APPARITION		NOMBRE DE CAS
Pendant la grossesse.	{ Premier trimestre.....	0
	{ Second trimestre.....	7
	{ Dernier trimestre.....	12
Pendant le travail...	{ Période de dilatation.....	4
	{ Période d'expulsion.....	49
Entre l'expulsion et la délivrance.....		3
Après la délivrance..	{ Immédiatement après.....	80
	{ Tardivement (plus de 2 heures).	11

Dans les cas d'accouchement gémellaire, Mme Sasanoff sur 10 cas, a trouvé les proportions ci-dessous :

Thrombus de la grossesse.....	1	
Thrombus du travail.	} Avant la naissance du premier enfant.....	0
		} Entre la naissance du premier et celle du second.....
Thrombus de la délivrance.....	3	

Le développement du thrombus se fait aussi rapidement que son apparition. En quelques heures l'hématome atteint son volume définitif.

Quant à l'évolution et la terminaison du thrombus, elles peuvent se faire de plusieurs façons :

1° *Par rupture et évacuation des caillots.* — La rupture spontanée est le cas le plus fréquent. Ordinairement elle se produit dans les quarante-huit heures qui suivent la délivrance.

Si la rupture est précoce, elle peut entraîner une hémorragie grave, souvent mortelle, ainsi que Berdot, Chaussier, en ont cité des exemples. Nous-même rapportons un cas de mort dû à une rupture précoce (Observation V).

Quand l'hématome se fait pendant le travail, la rupture se fait au moment de l'expulsion. Dans un cas remarquable dû à Lwoff la rupture de la tumeur sanguine n'eut lieu que le onzième jour, au moment où la femme venait de quitter le lit.

Au moment de la rupture, le sang s'écoule à l'état de caillots. Si la tumeur est nettement limitée, l'élimination des caillots peut se faire en bloc.

Au contraire, s'il y a infiltration des mailles du tissu conjonctif, l'évacuation est beaucoup plus lente. Il y a presque toujours sphacèle d'une portion des tissus au niveau où la rupture s'est produite. La cicatrisation se fait par bourgeonnement.

2° *Par résorption.* — Ce mode de terminaison exige pour se produire, deux conditions : Il faut que le thrombus soit de petit volume ; en second lieu, que le sang

ne soit pas collecté en foyer. Remarquons en passant que la terminaison du thrombus par résorption se fait rarement. On en connaît cependant des exemples. Velpeau et Boër l'ont observée ; Pérret cite comme proportion 4 fois sur 43 cas.

Audibert a publié une observation où la résorption se fit en cinq jours.

Nous-même publions un cas de résorption dans notre observation I.

3° *Par suppuration.* — Avant la découverte de l'antisepsie, on en observait des cas nombreux ; qui presque tous se terminaient par la mort.

Aujourd'hui, la suppuration du thrombus, quand elle se produit, peut être combattue efficacement. Les symptômes généraux qui accompagnent ce processus, sont ceux de toute formation purulente : frisson, fièvre, etc.

4° *Par gangrène.* — Le sphacèle total et la gangrène généralisée sont très rares. Pérret et Dubois l'expliquaient par la distension excessive des parties et l'arrêt de la circulation qui en est la conséquence ; Blot, par la distension et le traumatisme ; Hervieux, par une cause générale, à laquelle il donne le nom de miasme puerpéral.

Depuis l'antisepsie, on ne rencontre guère du sphacèle partiel.

5° *Par enkystement.* — Velpeau, le premier, a signalé ce mode, d'ailleurs très rare, de terminaison du thrombus.

La durée des thrombus puerpéraux est très variable. Elle dépend des dimensions de l'hématome et de son

mode d'évolution. Elle est en moyenne de trois jours à six semaines et au delà. Si le thrombus est de petit volume et bien limité, la guérison est rapide. Elle est longue, s'il est volumineux et anfractueux.

Les cas de *récidive* sont rares. Toutefois Lwoff a observé un cas dans lequel le thrombus récidiva pendant douze fois, à chaque grossesse.

Il nous reste à dire quelques mots des complications relativement rares du thrombus. Nous ne reviendrons pas sur l'hémorragie, le sphacèle, la suppuration, la septicémie, dont nous avons assez longuement parlé. Nous passons immédiatement à la *péritonite* qui est une des complications les plus graves, quoiqu'il soit bien difficile de discerner les cas où cette complication relève seulement du thrombus. En tout cas, il est très compréhensible que le péritoine puisse s'enflammer au contact d'un hématome, qui a envahi le petit bassin et la cavité abdominale.

La *phlébite*, l'*érysipèle* ont paru quelquefois compliquer le thrombus. Mais peut-on jamais dire que le thrombus a été la cause déterminante de ces affections ?

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

La préexistence de varices, l'apparition dramatique de l'hématome, la douleur aiguë qui l'accompagne, la tuméfaction rapide des organes génitaux, ces symptômes survenant à une période quelconque de la grossesse, permettent d'établir d'emblée le diagnostic.

Les caractères de la tumeur (rénitence, fluctuation par points, aspect violacé, teinte ecchymotique, etc.), sont autant de facteurs à l'appui ; il en est de même des symptômes généraux.

Le toucher vaginal et le toucher rectal viennent préciser le diagnostic.

Le diagnostic des thrombus génitaux puerpéraux est donc en général facile.

On peut même dire avec Doléris, qu'une erreur de diagnostic est impossible au sujet du thrombus de la vulve et du vagin.

On ne peut pas confondre le thrombus de la vulve avec une bartholinite, un œdème de la vulve, des vari-

ces vulvaires ou une hernie venant faire saillie à la vulve.

Le diagnostic de thrombus du vagin est un peu plus difficile. Pendant le travail on ne confondra pas le thrombus vaginal avec la poche des eaux, la bosse séro-sanguine, l'œdème du col, un kyste du vagin.

L'erreur nous paraît également difficile avec les cystocèle et rectocèle, si l'on a soin d'interroger les antécédents et de pratiquer attentivement le toucher.

La rétroversion de l'utérus après l'accouchement (Coutouly), un prolapsus utérin (Peu), une hernie étranglée (Macbride), ont donné lieu jadis à des causes d'erreur.

Le thrombus pédiculé du vagin est d'un diagnostic banal.

Quant au thrombus du col, il ne faudra pas le confondre avec un petit membre fœtal, avec une insertion basse du placenta, ou une tumeur du col.

CHAPITRE IX

PRONOSTIC

Le pronostic des thrombus génitaux puerpéraux est entièrement sous la dépendance de l'antisepsie.

C'est dire que depuis sa découverte, la mortalité causée par cette affection a baissé considérablement. Jusqu'en 1830, Deneux donne une mortalité de 20 sur 60 et Mme Sasanoff de 1830 à 1884 la proportion de 20 pour 100. Actuellement la mortalité est à peu près nulle.

Le pronostic du thrombus dépend encore de la date de son apparition, de son siège, de son volume.

S'il survient pendant la grossesse, le pronostic est plus sérieux. Hervieux prétend que la tumeur entraîne toujours l'accouchement prématuré et la mort de l'enfant ; la mort de la femme quelquefois.

Cette opinion est excessive.

Pendant le travail, le thrombus est dangereux à cause de la pression fœtale sur la tumeur et de la rup-

ture de celle-ci qui peut en résulter. De plus, le travail d'expulsion se trouve retardé.

Le thrombus du post-partum est surtout grave, lorsqu'il s'étend à la cavité pelvi-abdominale.

Envisageons maintenant le pronostic, suivant la variété de l'hématome.

Lwoff nous dit que le pronostic doit être réservé :

1° Pour les *grands hématomes*, sans cavité limitée, fusant dans le tissu cellulaire pelvien, fréquemment suivis de complications septiques ;

2° Pour les *vastes tumeurs* sanguines du vagin difficiles à désinfecter. En outre, il admet la gravité de ces cas particuliers, dans lesquels il y a toxicité des lochies le troisième jour.

Le thrombus peut être suivi de mort et celle-ci peut survenir : 1° par hémorragie, 2° par *septécimie* ou *suppuration* prolongée de la poche ; 3° par *complications* (péritonite, phlébite, érysipèle.)

Mais l'issue fatale est rare et l'on est aujourd'hui autorisé à dire que le pronostic du thrombus est relativement bénin.

CHAPITRE X

TRAITEMENT

Le traitement des thrombus génitaux puerpéraux doit être prophylactique et curatif.

1° **Traitement prophylactique.** — Il s'adresse aux varices. Perret a conseillé chez les femmes atteintes de varices d'éviter soigneusement tout effort (cris, vomissements, efforts de miction et de défécation, d'expulsion pendant le travail), de ne pas se serrer la taille. Chailly a conseillé la compression des varices ; Blot la ceinture hypogastrique et les purgations répétées ; Siebold, le repos horizontal. Peu et Deneux ont conseillé la saignée générale. Blot a conseillé la saignée des varices, sous le prétexte qu'il est plus facile d'arrêter l'hémorragie lorsqu'un seul vaisseau est ouvert.

Tous ces moyens sont d'une efficacité contestable.

2° **Traitement curatif.** — Il comprend le traitement *général* et le traitement *local*.

Le traitement général est celui d'une hémorragie grave. Nous ne nous y arrêterons pas.

Le traitement local fixera plus longuement notre attention. Nous l'envisagerons pendant la grossesse; pendant le travail, après l'accouchement.

Le thrombus apparaît pendant la grossesse : il faut attendre et faire une antiseptie aussi rigoureuse que possible.

En outre, faire au niveau de la tumeur une compression modérée. La résorption se fera peut-être sans intervention chirurgicale.

Le thrombus apparaît pendant le travail. Si l'hématome est petit, il faut attendre et le traiter comme nous venons de le dire ; s'il est gros il sera bon de pratiquer l'incision.

Le thrombus apparaît après l'accouchement. Ici encore, nous croyons devoir conseiller d'attendre la résorption spontanée.

Il semble donc, d'après ce que nous venons de dire, que l'expectation antiseptique est commandée au début, dans tous les cas. C'est qu'en effet deux dangers immédiats résultent de l'incision ; une hémorragie toujours grave, mortelle dans certains cas, en est la conséquence ; en outre, pour arrêter cette hémorragie, on doit recourir au tamponnement ; or, ce dernier est particulièrement à redouter dans le thrombus, au début. Faute de pouvoir tamponner assez haut, on a vu, à l'hémorragie externe, succéder une hémorragie interne, qui a eu les conséquences les plus funestes. Le second danger est l'infection de la poche et la septicémie.

En admettant, en effet, que les précautions aseptiques les plus minutieuses aient été prises, au moment de l'incision, il n'en est pas moins vrai qu'on ouvre ainsi une brèche à la suppuration, étant donné les susceptibilités particulières de la femme dans l'état pueréral.

Toutefois l'incision s'impose chaque fois que le thrombus très volumineux, crée un obstacle sérieux à l'accouchement et quand, d'autre part, la vie de l'enfant est compromise.

En quoi consiste exactement cette méthode d'expectation antiseptique qui doit précéder toute intervention? Elle consiste en un pansement humide antiseptique, fréquemment renouvelé, enveloppant complètement l'hématome. Ce pansement peut être réalisé avec de la gaze imbibée d'une solution tiède de sublimé. On y ajoutera des injections vaginales, qui maintiendront le vagin dans un état d'asepsie aussi satisfaisant que possible. Après l'accouchement, on veillera avec soin à ce que l'écoulement des lochies se fasse librement.

Si le thrombus a gagné la cavité pelvi-abdominale, mettre des compresses froides ou de la glace sur le ventre.

Un bandage serré autour du ventre pourra rendre quelques services en modérant la diffusion du sang. Mais le traitement de choix sera ou l'incision d'un des culs-de-sac vaginaux avec lavage du thrombus et drainage, ou la laparotomie.

Si le thrombus s'est ouvert spontanément, il faut agrandir l'ouverture avec des ciseaux, faire des lava-

ges fréquents dans la cavité de l'hématome et drainer cette cavité par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Si la suppuration de l'hématome se produit, il faut l'ouvrir au point le plus menacé de sphacèle et de rupture.

Si enfin une complication survient telle que la septicémie, la péritonite, la phlébite, l'érysipèle, on emploie le traitement habituel de ces complications.

Dans tous les cas, penser au traitement général, qui est d'une extrême importance : ne pas remuer ces malades et les entourer de chaleur ; l'oxygène, l'alcool, les piqûres d'éther, de caféine, de spartéine, et par dessus tout les injections de sérum artificiel sous la peau, et même dans une veine du pli du coude si la femme est très profondément anémiée, et en danger de mort : tels sont les moyens auxquels on doit recourir. Ce sont les mêmes que ceux qui sont applicables à la suite de toutes les hémorragies puerpérales.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I (*Personnelle*).

THROMBUS VAGINAL SURVENU APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — RÉSORPTION
SPONTANÉE.

Armandine P..., âgée de 27 ans, entre à la maternité de Lariboisière, dans le service de M. Bonnaire, le 8 décembre 1901 à 1 heure du matin. A 2 heures de l'après-midi, on transporte la malade dans la salle de travail. C'est une primipare à terme. Rien de particulier dans les antécédents personnels, si ce n'est des épistaxis fréquentes dans la jeunesse. L'accouchement se fait normalement à 5 heures du soir. La délivrance effectuée trente minutes après l'accouchement est spontanée.

Immédiatement après la délivrance, la malade ressent une douleur violente au niveau de la vulve. Nous l'examinons et nous trouvons, au niveau de la partie supérieure gauche du vagin, une tumeur piriforme, sessile, de la grosseur du poing. C'était un thrombus vaginal. Les, 9, 10 et 11 décembre on pratique des injections vaginales antiseptiques chaudes. La tumeur conserve toujours le même volume.

Du 11 au 14. — On continue à pratiquer des injections vaginales au sublimé matin et soir, en même temps qu'on fait une entéroclyse à l'eau boriquée.

Le 14 décembre. — Nous constatons une légère diminution de la tumeur ; celle-ci est sensible à la palpation. Les 15, 16 et 17 on continue le même traitement. On donne en plus à la malade un cachet de benzo-naphtol pour faire de l'antisepsie intestinale.

La tumeur diminue tous les jours jusqu'au 26 décembre, où nous assistons à un changement de forme. Le thrombus, en effet, est maintenant arrondi. Les jours suivants, sous l'influence toujours de l'antisepsie vaginale, de l'antisepsie intestinale et de l'antisepsie externe du thrombus, nous voyons la tumeur se résorber ; cette résorption se continue jusqu'au 10 janvier, date à laquelle la malade demande à sortir de l'hôpital. À ce moment, le thrombus n'était plus qu'une petite nodosité, de la grosseur d'une bille à jouer.

La terminaison s'était faite par résorption spontanée.

Observation II (Personnelle).

THROMBUS VAGINAL SURVENU QUATRE HEURES APRÈS LA DÉLIVRANCE. —
SUPPURATION DU THROMBUS.

Marie T..., 26 ans, se présentait à la maternité de Lariboisière le 11 août 1903 à 1 heure du matin. C'est une primipare chez laquelle nous n'avons rien noté dans les antécédents personnels et héréditaires.

A 2 h. 15 du matin, elle accouche d'un enfant vivant et à 2 h. 30 la malade est délivrée spontanément.

Environ quatre heures après la délivrance, la malade se plaint d'une vive douleur dans le vagin.

Le 13 août. — Nous avons l'occasion d'examiner la malade et nous constatons par le toucher une tumeur de la grosseur du poing, siégeant sur la paroi latérale droite du vagin.

C'était un thrombus. Le 15 la malade éprouve une céphalalgie intense. Le 16 août la température est de $37^{\circ}6$, le 17 de $38^{\circ}4$. On pratique une antisepsie rigoureuse de la cavité vaginale. Le 20 la malade a une température de $37^{\circ}2$ le matin, $39^{\circ}4$ le soir : la céphalalgie redouble.

Le 21. — Même température avec lochies fétides. Le 22 nous constatons que le thrombus s'est rompu spontanément et, par l'expression, on fait sortir des caillots très fétides et en assez grande quantité.

On fait des injections iodées dans la cavité du thrombus et des lavages à l'eau oxygénée.

Le 28. — La température baisse, pour redevenir normale les jours suivants.

Le 1^{er} septembre. — On constate que la fistule a tendance à se refermer. Les mêmes injections antiseptiques sont continuées.

Le 9. — L'orifice du thrombus est presque fermé ; il permet à peine l'introduction de la canule. La température est normale et la malade sort guérie.

Le thrombus dans ce cas s'était terminé par suppuration et ouverture spontanée.

Observation III (*Personnelle*).

THROMBUS VULVO-PÉRINÉAL SURVENU TROIS JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT.
GUÉRISON SPONTANÉE EN SIX JOURS.

Catherine P..., 30 ans, primipare, entre dans le service de M. Bonnaire au mois de mai 1903. Le 4 mai à 10 h. 35 du matin M. Bonnaire fait une basiotripsie (la malade avait un bassin petit en entonnoir.) La délivrance est complète. Trois jours après l'accouchement on remarque un thrombus de la grande lèvre droite, s'étendant sur la paroi vaginale du même côté et jusqu'à la loge périnéale inférieure.

On fait des injections vaginales matin et soir à l'eau oxygénée et on laisse des compresses chloralées en permanence sur la vulve.

Le même traitement est appliqué jusqu'au 13 mai. A cette date, le thrombus est entièrement disparu ; nous ne constatons plus qu'une légère induration de la vulve.

La guérison s'était faite spontanément, par résorption.

Observation IV (*Personnelle*).

THROMBUS VAGINAL APPARU APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Attilie K..., 18 ans, primipare, est accouchée et délivrée en ville à 7 h. 30 du soir, le 18 mars 1904. Aussitôt après la délivrance, la sage-femme remarque sur la paroi vaginale gauche la présence d'une tumeur assez volumineuse.

La malade a été envoyée à l'hôpital, dans le service de M. Bon-

naire, le lendemain 19 mars. Cette tumeur n'était autre qu'un thrombus du vagin.

La sage-femme raconte qu'aussitôt après la délivrance, la malade a eu une hémorragie assez abondante, arrêtée par des injections chaudes. C'est à ce moment que la sage-femme reconnaît la tumeur vaginale.

Le 20 mars, date à laquelle nous examinons la malade, nous trouvons au niveau du tiers postérieur de la paroi vaginale gauche, une tumeur de la grosseur d'une petite mandarine.

Cette masse est rénitente, peu douloureuse à la pression d'une couleur rouge violacé.

La masse a tendance à s'énueléer.

De plus, il existe en arrière de la fourchette et du côté gauche une large ecchymose longue de quatre travers de doigt et large de deux travers de doigt.

On pratique matin et soir des lavages à l'eau oxygénée.

Le 21, le thrombus semble remonter au-delà de la boutonnière, formée par le releveur de l'anus. Le 23, le thrombus s'évacue spontanément sans hémorragie. La température reste normale. Le traitement antiseptique est continué et la cicatrisation est opérée le 30.

La guérison dans ce cas s'était faite par rupture spontanée du thrombus sans suppuration.

Observation V

Recueillie dans le Journal des Praticiens (11 juin 1904)

Il s'agit d'une secundipare âgée de 26 ans, qui se présenta le 16 octobre 1903, à 4 heures du matin, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Maygrier.

A 8 heures du matin, elle accouchait d'un enfant vivant. Le placenta se décolle et est expulsé; une légère hémorragie survient, l'eau d'une injection intra-utérine chaude pratiquée aussitôt ressort très colorée en rouge. On fait une injection d'ergotine. Le Dr Macé, remplaçant de M. Maygrier, est appelé. Il trouve la malade d'une pâleur prononcée et présentant à la vulve une petite tumeur qu'on croyait être la lèvre du col œdématisée. Pensant refouler le col, la sage-femme appuie sur cette tumeur, mais celle-ci se rompt et donne issue à un flot de sang. C'était un thrombus de la paroi vaginale gauche. L'état général devient grave; on tamponne l'utérus et le vagin, on fait le traitement des grandes hémorragies. La température monte. Le 20, la femme accuse une vive douleur dans la fosse iliaque gauche. On pratique le curage du thrombus et on découvre qu'il a fusé vers le creux ischio-rectal, sous le releveur. On lave la poche, on la draine, mais la femme épuisée, meurt deux jours après.

Observation VI.

Recueillie dans le Journal des Praticiens (11 juin 1904).

Il s'agit d'une primipare de 22 ans, entrée à la Charité, dans le service de M. Maygrier le 21 décembre 1903.

Les organes génitaux externes étaient le siège d'une tumeur volumineuse. La patiente avait 38°. On apprit que dans le dernier mois de sa grossesse, ayant été prise de douleurs, elle avait appelé une sage-femme.

Celle-ci l'avait faite pousser pendant deux heures, et voyant apparaître à la vulve une grosseur insolite, avait envoyé la

malade à l'hôpital. La sage-femme de garde constata une tumeur du volume d'une mandarine, siégeant dans la petite lèvre droite, qui sous ses yeux, en quelques minutes, devint grosse comme une tête de fœtus. Il s'agissait d'un thrombus vulvo-vaginal survenu pendant la période d'expulsion. A l'analyse des urines on trouva de l'albumine (1 gr. 50 par litre). M. Maygrier fit vider le thrombus et terminer rapidement l'accouchement au forceps. Il fit faire ensuite un lavage antiseptique soigné de la poche. Le soir la température était de 38°,2 et le lendemain de 37°,8. La poche s'est comblée en huit jours ; les suites de couches ont été normales.

Observation VII

Recueillie dans le Journal des Praticiens (11 juin 1904).

Une femme enceinte étant montée sur l'impériale d'un omnibus, tomba, en s'asseyant, à califourchon sur une barre de séparation et ressentit aussitôt une violente douleur ; la souffrance devint telle qu'elle se sentit défaillir. On l'amena à l'hôpital, dans le service de M. Maygrier. La grande lèvre droite était le siège d'une tumeur violacée, fluctuante et qui grossissait à vue d'œil. C'était un thrombus vulvaire qui venait de se développer chez une femme enceinte de sept mois environ.

M. Maygrier fit une asepsie soignée de la région, appliqua sur le thrombus une compresse d'eau alcoolisée, et comprima modérément la tumeur.

Dix jours environ après l'entrée de la femme, la tumeur était réduite aux 2/3 de son volume primitif. Une petite plaque de sphacèle s'étant développée, la poche fut ouverte et nettoyée. Huit jours après, toute trace de thrombus avait disparu.

CONCLUSIONS

I. — Les thrombus génitaux puerpéraux sont une maladie rare. Ils peuvent survenir pendant la grossesse, pendant le travail, après l'accouchement. On les rencontre environ une fois sur 2.200 femmes enceintes.

II. — Leur apparition est spontanée, leur étiologie est très obscure.

III. — Les thrombus génitaux puerpéraux sont des hématomes ordinairement sessiles, quelquefois pédiculés, siégeant habituellement dans le tissu cellulaire péri-vaginal, mais pouvant gagner la cavité pelvi-abdominale.

IV. — Le diagnostic peut être rapidement fait grâce aux trois symptômes suivants : début brusque, douleur vive, tuméfaction ecchymotique.

V. — La durée moyenne des thrombus est de trois à quatre semaines.

VI. — Le pronostic, jadis très grave, est aujourd'hui relativement bénin, grâce à l'antisepsie.

Les complications sont rares.

VII. — Le traitement est celui des hématomes en général : antisepsie locale rigoureuse ; expectation ; incision seulement lorsqu'une complication se déclare.

Vu : le Président de thèse,

CORNIL

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Hippocrate.** — *Traduction Littre* (1849), t. VI. De l'usage des liquides, p. 126.
- Veslingius.** — Remarques sur un cas de tumeur sanguine de la vulve.
- Peu.** — Pratique des accouchements, p. 530.
- Mauriceau.** — Observations sur la grossesse, p. 334.
- Ledran.** — Consultations de chirurgie, p. 376.
- Barbault.** — Traité d'accouchements, t. I, p. 49.
- Macbride.** — Deux cas de tumeur sanguine de la vulve, après la délivrance.
- Deleurge.** — Traité d'accouchements.
- Baudelocque.** — Traité d'accouchements.
- Casaubon.** — *Jour. gén. de médecine.*
- Coutouly.** — Mémoires, p. 140.
- Boer** — De l'art des accouchements (Vienne).
- Audibert, 1812.** — De l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin, pendant le travail ou à la suite de l'accouchement. (*Thèse de Paris*).
- Legouais.** — Art. THROMBUS. — *Dict. scien. méd. Paris.*
- Mme Lachapelle.** — Pratique des accouchements.
- Dourdement.** — *Thèse de Paris.*
- Trumper.** — Hématome de la grande lèvre gauche. (*Compte-rendu de la Soc. des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, p. 75).
- Deneux.** — Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin (Paris).

- Meissner.** — Réflexions sur les varices et les tumeurs sanguines de la vulve.
- Hervez de Chégoïn.** — *Journ. univ. de méd. de Paris*, t. VIII p. 375.
- Velpeau.** — *Thèse de concours.*
- Foulhioux.** — *Gaz. méd. de Paris*, 771.
- Greuling.** — Hématome de la vulve, p. 171.
- Martin.** — *Mém. de méd. et de chir.*, p. 344, Paris.
- Dubois.** — *Bulletin de thérapeutique*, t. XXIV, p. 459.
- Jacquemier.** — Manuel d'acc., t. II, p. 316.
- Velpeau.** — Art. THROMBUS du Diction. en 60 volumes et Traité d'accouchements.
- Blot.** — Du thrombus de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. (*Th. agrég. Paris*).
- Populus.** — Thrombus de la vulve et du vagin, pendant la grossesse et l'accouchement. (*Th. Paris*).
- Laborie.** — Histoire du thrombus de la vulve et du vagin, spécialement après l'accouchement, considérations anatomiques et traitement. (*Bul. Ac. de méd. t. XXVI*).
- Perret.** — Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse et l'accouchement (*Th. de Paris*).
- Griffon** — Thrombus de la vulve et du vagin. (*Th. de Paris*).
- Budin.** — Des varices chez la femme enceinte. (*Th. agrég. Paris*).
- M^{me} Sasonoff.** — *Annales de Gynécologie.*
- Doléris.** — Art. Thrombus. (*Dict. Jaccoud*).
- Lwoff.** — De l'hématome de la vulve et du vagin.
- Budin.** — Un cas singulier de thrombus du vagin pendant la grossesse. (*Courrier médical*, p. 230).
- Auvard.** — Thrombus pédiculé du vagin pendant la grossesse. (*Arch. de toc.*, p. 789).
- Justo.** — Thrombus pédiculé du vagin. (*Ann. méd. de la Rép. Argent*).
- Cadilhac.** — Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin. (*Thèse de Montpellier*).

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

